Aus der Abteilung
Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SCHIZOPHRENIE UND STUDIENERFOLG

Eine katamnestische Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Hans-Joachim Stief
aus Herrenberg

1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0003

Aus der Abteilung
Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

SCHIZOPHRENIE UND STUDIENERFOLG

Eine katamnestische Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Hans-Joachim Stief
aus Herrenberg

1983

Dekan:	Professor Dr. W. Frommhold
1. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Henseler

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

REFO-DRUCK HANS VOGLER TÜBINGEN

Für Helga

Inhaltsverzeichnis:

Seite

1. Einleitung und Problemstellung 3

2. Material und Methoden 5

   Zum Erhebungsbogen 7

3. Ergebnisse 9

   3.1. Allgemeine Daten 9

   3.2. Katamnesen 12

   3.3. Akademiker 16

4. Diskussion der Ergebnisse 17

5. Zusammenfassung 29

6. Anhang 31

7. Literatur 43

1. Einleitung und Problemstellung:

Bei der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Studenten taucht häufig die Frage auf, ob es sinnvoll ist, das Studium fortzusetzen oder ob andere Wege der beruflichen Eingliederung gesucht werden sollten.
Oft stehen Arzt und Patient zum Zeitpunkt dieser Fragestellung vor der Situation, daß der Patient bereits längere Zeit an der Universität verbracht hat, ohne tatsächlich studiert und der Studiendauer angemessene Leistungen erbracht zu haben.
Verschiedene Erklärungen bieten sich an für die offensichtliche Schwierigkeit, den Anforderungen einer akademischen Ausbildung gerecht zu werden auf der einen Seite und für das lange Zögern, aus der Überforderung Konsequenzen zu ziehen, auf der anderen Seite.
Untersuchungen an Schizophrenen ergaben, daß diese hochwahrscheinliche Reize schlechter als Gesunde erkennen und weniger wahrscheinliche besser (Poljakov, 1977). Broen (1968) fand eine verminderte Fähigkeit der Kranken, einen Aufmerksamkeitsfocus zu bilden und damit auf relevante Ausschnitte einer komplexen Situation zu reagieren. Dies äußerte sich in einer vermehrten Ablenkbarkeit, sobald bei den Aufgaben mehr als eine Sinnesmodalität beansprucht wurde.
Dieser "Filterstörung" (Fish, 1961) oder "nicht mehr ausreichend fokussierbarer Aufmerksamkeit" (Süllwold, 1977) fügt Süllwold noch den "Automatismenverlust" hinzu, - eine Störung, die die Autorin zu den Frühsymptomen der Schizophrenie zählt. Alltägliche Handlungsabläufe erfordern ein Maximum an Aufmerksamkeit und sind in erhöhtem Maße störbar gegenüber Ablenkungen und genereller Überanstrengung.
Diese Ergebnisse geben Hinweise darauf, daß die schizophrenen Erkrankungen Störungen beinhalten, die besonders dann bedeutungsvoll werden, wenn es gilt, komplexe Sachverhalte aufzunehmen, aus einer Fülle

von Informationen die für ein bestimmtes Ziel wichtigen Anteile herauszufiltern und neu zu strukturieren. Erschweren diese krankheitsbedingten Einschränkungen den Studienerfolg, so müssen andere Faktoren dafür verantwortlich sein, daß oft trotz aller Schwierigkeiten und Mißerfolge am Studium festgehalten wird.
Einer Aufgabe des Studiums steht sicher zunächst die allgemeine Scheu entgegen, die Erwartungen nahestehender Personen, z.B. der Eltern, zu enttäuschen und vor Freunden und Bekannten und letztlich auch sich selbst ein Scheitern einzugestehen. Dieser allgemeinen Schwierigkeit tritt der Umstand hinzu, daß das Leben an einer Universität in hohem Maße die Möglichkeit bietet, Leistungs- und Kontaktverhalten selbst zu bestimmen. So ist es lange Zeit möglich, Vorlesungen und Seminare zu besuchen, ohne aktiv daran teilzunehmen oder sich ganz daraus zurückzuziehen.
Eine weitere Entlastungsmöglichkeit liegt schließlich noch in der Möglichkeit des Fachwechsels, - einem Weg, der von einigen der in der Untersuchung erfaßten Studenten beschritten wurde.
Auf diese Weise verfestigt sich über Jahre die Diskrepanz zwischen eigenen Ansprüchen und realisierbaren beruflichen Möglichkeiten. Eine Neuorientierung wird zunehmend erschwert und kann bei einem Teil schließlich zur therapeutischen Aufgabe werden.
Bei Untersuchungen zu diesem Problem bleibt die Frage unbeantwortet, welche Faktoren dazu beitragen, ob ein an Schizophrenie erkrankter Student sein Studium erfolgreich beendet oder ob er an den an ihn gestellten Anforderungen scheitert.
Im Rahmen der folgenden katamnestischen Untersuchung soll versucht werden, Kriterien zu erfassen, die dazu beitragen, zuverlässigere prognostische Aussagen über den zu erwartenden Studienerfolg bei einem schizophren erkrankten Studenten machen zu können.
Begleitend hierzu wurden die Krankengeschichten von Patienten ausgewertet, die bei Ausbruch ihrer Erkrankung ihr Studium bereits abgeschlossen hatten.

2. Material und Methode:

Insgesamt wurden 166 Krankengeschichten schizophrener Studenten aus den Jahren 1967 - 1978 ausgewertet, hinzu kamen 60 Krankengeschichten, bei denen die Patienten zu Beginn ihrer Erkrankung bereits ihr Studium abgeschlossen hatten.
Aus den Krankengeschichten wurden Daten erfaßt zur Person (Geschlecht, Studienfach, Semesterzahl), zum Verlauf (z.B. Beginn und Art der Erkrankung, Zahl und Dauer der stationären Aufnahmen, Verlauf des Studiums), erhoben wurden ferner Suicidversuche, Zustand bei letzter Entlassung sowie Art und Regelmäßigkeit der ambulanten Behandlung. Zur Klassifizierung der Art der Erkrankung wurde der ICD-Schlüssel benutzt.
An alle Studenten der Erhebung wurde ein Fragebogen verschickt (s. Anhang), der über den weiteren Verlauf der Erkrankung sowie des Studiums Auskunft geben sollte. In diesem Fragebogen wurde nach Klinikaufenthalten, Art und Dauer einer evtl. ambulanten Behandlung, nach dem Verlauf des Studiums (Abbruch, Abschluß, Berufsausübung oder Umschulung) sowie nach dem augenblicklichen Gesundheitszustand gefragt. Schließlich wurde noch freier Raum für persönliche Mitteilungen gelassen, der von etwa der Hälfte der Patienten genutzt wurde (s. Anhang).
Die Fragebögen wurden mit einem Begleitschreiben sowie frankiertem Rückumschlag verschickt. Ein großer Teil der Sendungen kam mit dem Vermerk "unbekannt verzogen" zurück, - der weitaus größte Teil davon konnte mit Hilfe der verschiedenen Einwohnermeldeämter sowie angeforderter Krankengeschichten anderer Kliniken nachgesandt werden. In den Fällen, in denen erwartet werden konnte, daß der Patient noch am Studienort wohnt, wurde diese Adresse verwandt, in den übrigen die Heimatadresse. In den Fällen, in denen der Fragebogen nicht zurückgesandt wurde, wurde mit einem Erinnerungsschrei-

ben nochmals um die Teilnahme an der Befragung gebeten.
Von 166 verschickten Fragebögen wurden 83 von den Patienten selbst, 13 von Angehörigen und zehn von zum Zeitpunkt der Befragung behandelnden Ärzten ausgefüllt.
Verschiedene Punkte konnten nicht ausgewertet werden, da die anamnestischen Angaben hierzu in den Krankengeschichten fehlten. So waren nur in 53,6% der Krankengeschichten Angaben zur prämorbiden Persönlichkeit, in 55,4% zum Schulerfolg und in 63,2% zu Elternbeziehung der Patienten zu finden.
Die erhaltenen Daten wurden auf Lochkarten übertragen, über EDV ausgezählt und nach den Gruppen "erfolglos" bzw. "erfolgreich Studierende" geordnet. Die Signifikanzberechnungen wurden mit dem chi^2-Test durchgeführt.

Zum Erhebungsbogen (s. Anlage):

Studienrichtung:
Es wurde versucht, die Vielzahl der Studienfächer zum Zwecke der statistischen Auswertung zu Gruppen zusammenzufassen. So wurden die Fächer Germanistik, Romanistik, Anglistik, Politikwissenschaft, Sport, Philosophie und Geschichte in die Rubrik 'Philosophie' eingeordnet. Sie beinhalten zum größten Teil die Studenten, die sich für das Lehramt an Höheren Schulen ausbilden lassen.
Zu 'Naturwissenschaften' wurden die Fächer Mathematik, Physik, Chemie, Biologie, Ethnologie, Biochemie sowie das Studium an Technischen Hochschulen gerechnet, 'Sozial- und Verhaltenswissenschaften' beinhalten Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Sozialpädagogik.
Unter 'Sonstige' fallen Forstwirtschaft, Kunsterziehung, Musik und Architektur.

Beruf des Vaters/der Mutter:
Mit diesem Punkt wurde versucht, das soziale Umfeld der Patienten zu erfassen. Die Vielzahl der Berufe, die unterschiedliche soziale Wertung, die ein Beruf beinhalten kann (z.B. "Landwirt", "Beamter"), die Notwendigkeit, angesichts der beschränkten Stichprobe ein einfaches, überschaubares Schema zu finden sowie die teilweise ungenauen Angaben in den Krankengeschichten machen es verständlich, daß hier nur grobe Zuordnungen möglich waren.

Prämorbide Persönlichkeit:
Geachtet wurde auf geschilderte Verhaltensauffälligkeiten sowie jugendpsychiatrische und psychologische Konsultationen in Kindheit und Jugend.

Diagnose:
Soweit auf der Krankengeschichte vermerkt, wurde die Ziffer des ICD-Diagnoseschlüssels übernommen. Bei

älteren Krankengeschichten wurde diese Zuordnung anhand der Unterlagen nachträglich vorgenommen.

Art des Beginns:
Beginn der Erkrankung innerhalb von vier Wochen wurde als akut, innerhalb von drei Monaten als subakut, länger als drei Monate als schleichend klassifiziert.

Studienerfolg:
Maßstab für " der Semesterzahl entsprechend " bzw. " nicht entsprechend " waren je nach Studienabschnitt der Erwerb von Seminarscheinen, das erfolgreiche Absolvieren von Praktika sowie Zwischenprüfungen.

3. Ergebnisse:

3.1. Allgemeine Daten:

Die Untersuchung setzt sich zusammen aus Daten von 166 Studenten, die in der Universitätsnervenklinik Tübingen in den Jahren 1967 - 1978 mit der Diagnose Schizophrenie stationär aufgenommen waren.
112 (67,5%) davon waren männlich, 54 (32,5%) weiblich.
Für den Vergleich zwischen den erfolgreich bzw. erfolglos Studierenden wurden die Daten aus den Jahren 1972 - 1978 verwandt (122 Studenten). Von 80,5% der 122 Studenten liegen Katamnesen vor. Bei den älteren Jahrgängen war der Rücklauf der Fragebögen mit 51% für statistische Vergleiche zu gering.
Die Ergebnisse der Abb. 1, 4 und 6 sind nicht signifikant.

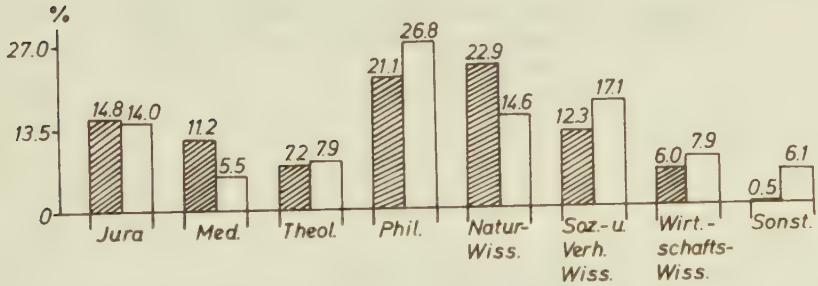

Abb. 1: Vergleich hinsichtlich Studienrichtung
▨ Gesamtstudenten der Univ. Tübingen WS 1976/77 N = 18443 (Studentenstatistik)
▭ schizophrene Studenten 1967 - 1978, N = 164

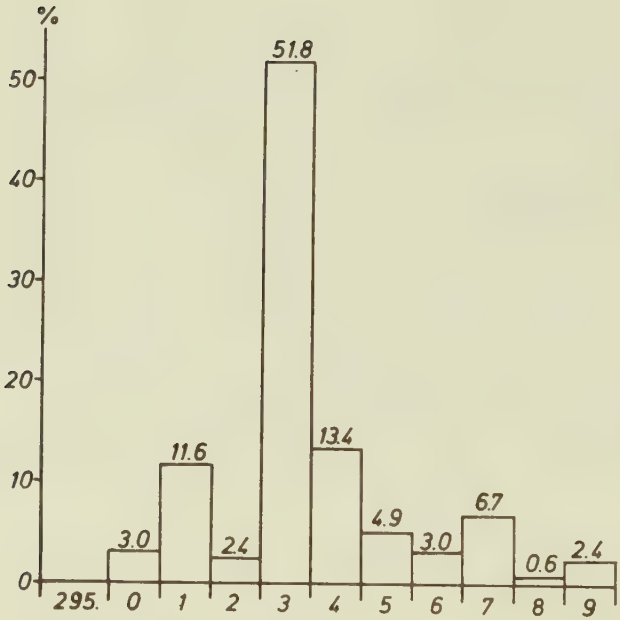

Abb. 2: Art der Erkrankung (ICD 295.0 - 295.9)
Schizophrene Studenten von 1967 - 1978
N = 164 (100 %)

295.0 Schizophrenia simplex
.1 Hebephrene Form
.2 Katatone Form
.3 Paranoide Form
.4 Akute schizophrene Episode
.5 Latente Schizophrenie
.6 Schizophrene Rest- und Defektzustände
.7 Schizoaffektive Psychose
.8 Andere Schizophrenieformen
.9 Nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen

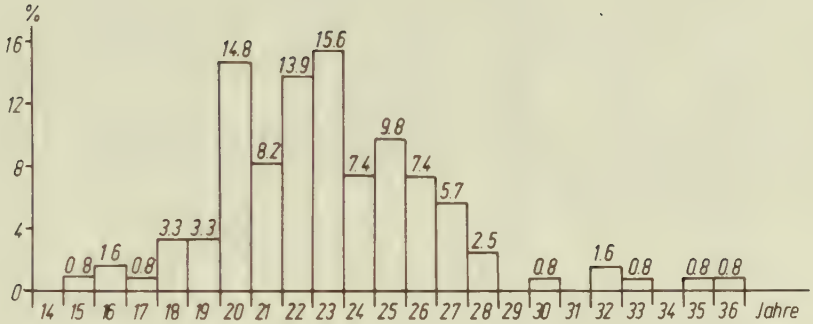

Abb. 3: Alter bei 1. Aufnahme
N = 122

3.2. Katamnesen:

Im folgenden werden die einzelnen Merkmale nach den Kriterien " Studium abgebrochen " bzw. " der Semesterzahl nicht entsprechend " (⊖) und " der Semesterzahl entsprechend " bzw. " abgeschlossenes Hochschulstudium " (⊕) gegenübergestellt.
Der Studienerfolg wurde aufgrund der Erhebung aus den Krankengeschichten sowie der schriftlichen Katamnesen festgestellt (Abb. 5).

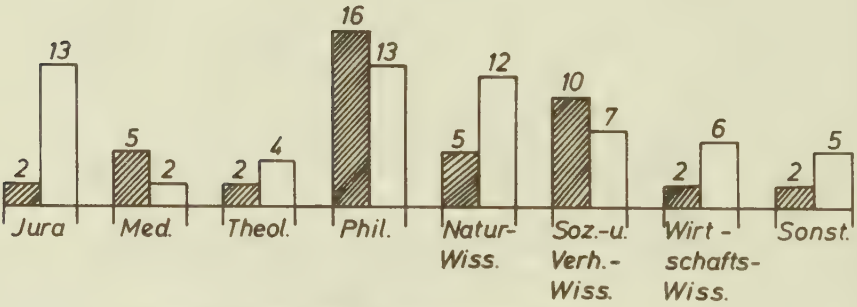

Abb. 4 : Studienrichtung und Studienerfolg
N = 106 ▨ = ⊕ ▭ = ⊖

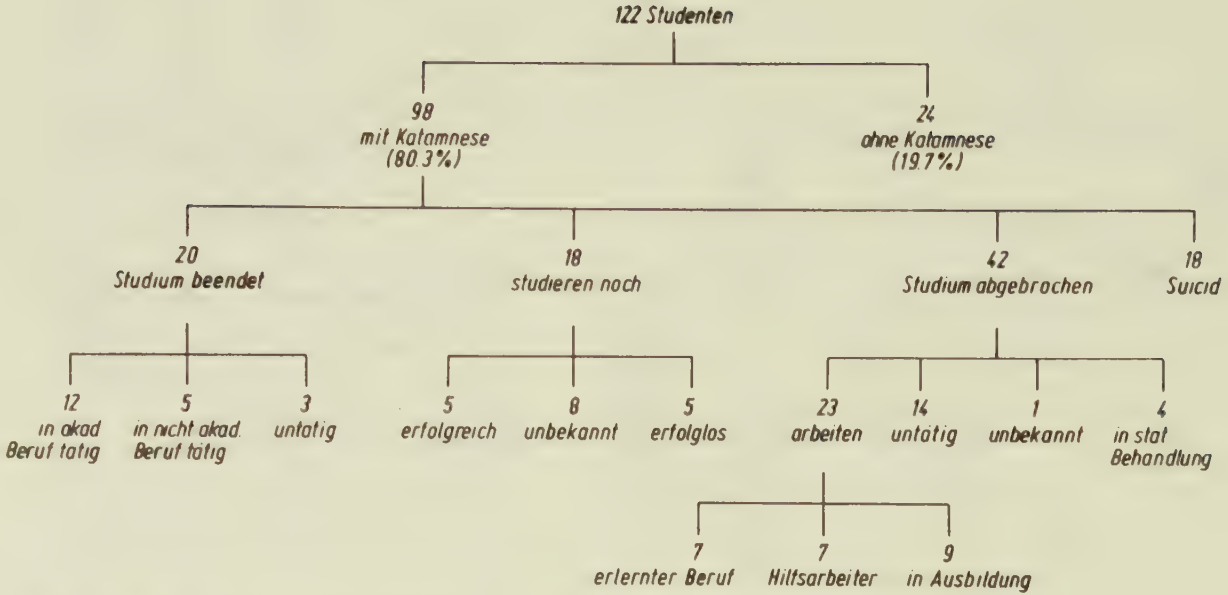

Abb 5: Übersicht über den Studienerfolg von 122 an Schizophrenie erkrankten Studenten aus den Jahren 1972 - 1978

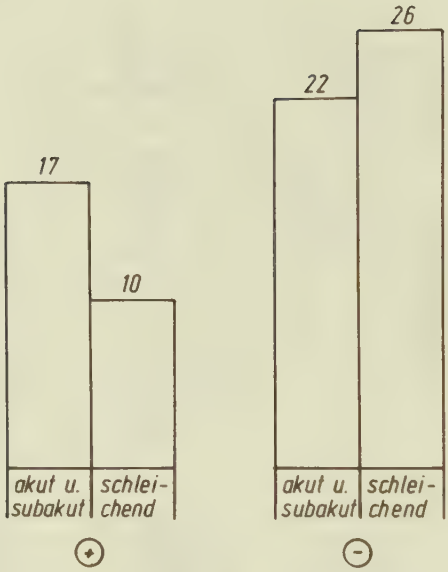

Abb.6: Art des Beginns
N=75

Die erfolgreich Studierenden brachten bei allen Aufenthalten zusammen durchschnittlich sechs Monate in der Klinik zu, die erfolglos Studierenden 9,5 Monate. Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergaben sich bei den Kriterien " Alter bei 1. stat. Aufnahme " (ø 22,6 bzw. 22,7 Jahre), " Anzahl der stat. Aufnahmen " (ø 3,9) und " Alter bei Beginn der Erkrankung " (ø 22,1 bzw. 22,2 Jahre) (s.a. Abb. 7).
Bis zum Zeitpunkt des Abschlusses der Erhebung hatten sich 18 Studenten (18,4%) suicidiert. Hinsichtlich der untersuchten Merkmale wich keines in dieser Gruppe von den Verteilungen der Gesamtstichprobe ab. Lediglich bei der qualitativen Auswertung des Merkmals " zusätzliche Diagnose " zeigte sich eine gewisse Häufung von

Abb. 7: Vergleich einiger Krankheitsvariablen zwischen Studienabschliessern und -abbrechern.

	Studium		
	abgeschlossen (n = 19)		abgebrochen (n = 37)
Durchschnittliches Alter bei Beginn der Krankheit	21.6 ± 4.5 Jahre	n.s.	22.5 ± 2.5 Jahre
Akuter Krankheitsbeginn bei	14 (78 %) Pat.	s.*	16 (43 %) Pat.
Durchschnittliche Dauer aller stationären Behandlungen im Beobachtungszeitraum	6.0 ± 3.6 Monate	s.**	9.9 ± 7.0 Monate
Diagnose "schizophrene Episode" (ICD 295.4) bei	6 (32 %) Pat.	s.*	3 (7 %) Pat.

n.s. = nicht signifikant, s = signifikant; * $P<0.05$, ** $P<0.01$

Alkohol- und Drogenabusus bei den Studenten, die sich suicidiert hatten (30% im Vergleich zu 10,8% bei der Gesamtstichprobe).

3.3. Akademiker:

Als Akademiker sind Patienten erfaßt, die bei Beginn der Erkrankung das Studium bereits abgeschlossen hatten. Es wurden 60 Krankengeschichten aus den Jahren 1972 - 1978 ausgewertet, - auf eine katamnestische Befragung wurde verzichtet.
Unterschiede zur Stichprobe der Studenten ergaben sich in Hinblick auf die Berufsausübung.

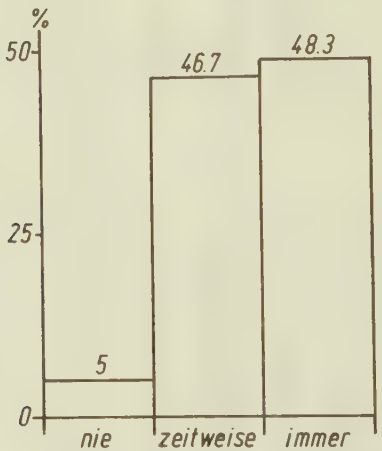

Abb. 8: Berufsausübung (Akademiker)
N = 60

4. Diskussion der Ergebnisse:

Die vorliegende Untersuchung beruht in erster Linie auf schriftlichen Angaben der Patienten, - in etwa 10% der Fälle lagen Angaben von Angehörigen vor.
Das ursprüngliche Ziel, die schriftliche Befragung durch eine testpsychologische und psychophysiologische Nachuntersuchung zu ergänzen, mußte fallengelassen werden, da sich nicht genügend Patienten zu dieser Nachuntersuchung bereit fanden bzw. eine Anreise wegen zu großer räumlicher Entfernung nicht zumutbar war. Somit mußte auch auf eine weitere Differenzierung zwischen den Gruppen der erfolgreich bzw. erfolglos Studierenden in den Punkten verzichtet werden, in denen die Krankengeschichten und die schriftliche katamnestische Untersuchung keine ausreichend genauen oder vollständigen Daten lieferten (soz. Kontakte während des Studiums, prämorbide Persönlichkeit, Schulerfolge usw.) oder die eine eingehende fachpsychologische Untersuchung erfordert hätten (Kognitive Fähigkeiten, Persönlichkeitsvariablen).
Es ergaben sich keine Hinweise darauf, an der Richtigkeit der Angaben zu zweifeln, zumal rund 1/5 der Patienten dem Betreuer der Untersuchung persönlich bekannt war und die Angaben zu einem Teil durch Telefonate und auswärtige Krankengeschichten untermauert wurden.
Ein gewisses Risiko der Ungenauigkeit ergibt sich durch die Tatsache, daß von knapp 20% der Ausgangsgruppe keine Katamnesen vorliegen, da trotz Erinnerungsschreiben der Fragebogen nicht zurückgeschickt wurde. Nach Rutter (1977) sind diese non-responders in epidemiologischen Untersuchungen eher der Gruppe von Patienten mit ungünstigeren Verläufen zuzurechnen.
Prognostisch günstige Krankheitsvariablen wie akuter Beginn, episodischer Krankheitsverlauf, kurzer stationärer Aufenthalt und geringe Zahl von stationären Auf-

nahmen korrelierten mit erfolgreicherem Studienverlauf.
Bessere Ergebnisse hinsichtlich beruflicher Stabilität zeigte die Gruppe von Patienten, die bei Beginn der Erkrankung ihr Studium bereits abgeschlossen hatte. Von ihnen übten nahezu alle immer oder zeitweise einen Beruf aus. Die bereits vollzogene Integration in ein strukturiertes soziales Umfeld bietet offensichtlich eher die Chance, daß der Patient trotz seiner Erkrankung sein bisheriges Leben weiterführen kann, der Beruf ihm also den Halt bietet, die Struktur, deren Fehlen dem im Studium befindlichen Patienten die berufliche Entwicklung erschwert. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Pollack, Levenstein und Klein (1968), die bei der Gruppe der älteren Patienten kürzere stationäre Verweildauern und größere berufliche Stabilität fanden.
Stark differierende Ergebnisse finden sich in der Literatur hinsichtlich der Beurteilung der Studienprognose schizophrener Studenten. Zu günstigen Ergebnissen kamen die Untersuchungen amerikanischer Autoren. So stellen Raphael und Himler (1943) fest, daß 46% der Schizophrenen und 60% der Patienten mit paranoiden Psychosen ihr Studienziel erreichen, ebenfalls von einem Studienerfolg von 60% spricht Carmen (1965). Podolsky (1963) stellt fest, daß " die meisten schizophrenen Studenten " das College mit " durchschnittlichem bis gutem Erfolg " beenden. Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, daß der Schizophreniebegriff, verglichen mit europäischen Autoren, oft weitergefasst ist bei amerikanischen Autoren, bei denen mitunter bereits Verhaltensauffälligkeiten, Kontaktschwierigkeiten und affektive Störungen ausreichende Kriterien für die Diagnose 'Schizophrenie' darstellen (Melvin/Selzer 1960).
" Ernsthafte Zweifel " am akademischen Erfolg äußern dagegen Kiersch und Nikelly (1966), ebenso stellen

Störring und Völker (1969) fest, daß " bei sicherer Schizophrenie ... die Prognose für die Fortsetzung des Studiums zumeist schlecht " ist, - zu beiden Aussagen werden jedoch keine Begründungen gegeben.
Zurückhaltend beurteilen Albrecht und Ziolko (1969) die Prognose des Studienerfolgs bei schizophrenen Studenten. Anhand der Katamnesen von 35 an Schizophrenie erkrankter Studenten bei einer Katamnesendauer von 15 Jahren fanden sie heraus, daß nur sechs (17%) bisher zur Ausübung eines akademischen Berufes gelangt waren, bei acht (23%) Patienten bestand noch die Möglichkeit eines erfolgreichen Abschlusses. 23 kamen nicht zur Ausübung eines akademischen Berufes (66%). Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen die hohe Dunkelziffer, da nur bei ca. 1/3 der Ausgangsstichprobe Katamnesen vorlagen.
Dieses Ergebnis nähert sich den Zahlen der vorliegenden Untersuchung an. Unterstellt man den Studenten, die nach der katamnestischen Untersuchung mit unbekanntem Erfolg noch studieren, daß sich dieses Studium noch als erfolgreich erweisen wird, so ergibt diese Gruppe, zusammen mit den erfolgreich Studierenden und den in einem akademischen Beruf tätigen einen Anteil von 20,5%, die Gruppe der eindeutig erfolgreich Studierenden bzw. bereits in einem akademischen Beruf Tätigen einen Anteil von 14%.
Diese Ergebnisse werden noch belastet durch die erschreckend hohe Suicidrate von 18,4%, die alle bisher publizierten Zahlen über Suicid bei Schizophrenen stark übersteigt.
Pöldinger (1968) beschreibt bei 100 Basler Bürgern, die sich mit der Diagnose " Schizophrenie " in stationärer Behandlung befanden, vier Suicide innerhalb von zehn Jahren nach dem stationären Aufenthalt. Von Bleuler's (1972) in den Jahren 1942/43 - 1964/65 beobachteten 208 schizophrenen Patienten starben neun (4,3%) durch Suicid. Über eine Suicidrate von 3% bei 566 schizophrenen Patienten berichten Ciompi und Müller (1976) in-

nerhalb eines Beobachtungszeitraumes von zwanzig Jahren (1942-1962). Huber et al. (1979) schließlich fanden bei durchschnittlich 22-jähriger Beobachtungszeit eine Rate von 4,3%.
Berücksichtigt werden müssen noch neben der Suicidrate bei schizophrenen Patienten die Suicidrate bei Studenten, die generell über der der nichtstudentischen vergleichbaren Altersgruppe liegt. Lungershausen (1968) errechnete für Studenten eine Selbstmordziffer (Zahl der Suicide pro 100 000) von 26,7,für Studentinnen von 12,6, - die der vergleichbaren Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen lag bei 20,3 bzw. 6,6. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Grahl (1969) für Hamburger und Friedrich (1974) für Göttinger Studenten. Ebenfalls erhöhte Zahlen sind aus der Arbeit von Kutzner und Munding (1979) ersichtlich, die das Selbstmordproblem bei Studenten in Tübingen untersuchten.
Der Anteil der Studentinnen, die sich suicidiert hatten, entsprach in unserer Untersuchung dem Anteil der Studentinnen in der Gesamtstichprobe (ca. 1/3). Nach Fuhrmann (1979) suicidieren sich Männer 2,6 mal so häufig wie Frauen, - zu ähnlichen Ergebnissen gelangen Böcker (1973) und Stengel (1969). Lassen die Zahlen auch keine statistisch signifikante Aussage zu, so ist doch die Tendenz einer erhöhten Gefährdung schizophren erkrankter Studentinnen zu erkennen.
Eine Erforschung der Gründe und Ursachen dieser Suicide hätte ausführliche anamnestische Angaben sowie intensive katamnestische Nachforschungen, etwa im Sinne von Interviews mit Angehörigen, Freunden usw. zur Voraussetzung, - Bedingungen, die weder durch die übliche Ausführlichkeit der Krankengeschichten noch durch die technischen Möglichkeiten der Untersuchung (Verteilung der Angehörigen der Patienten im gesamten Bundesgebiet) gegeben waren.
Aus den oben angeführten Daten kristallisiert sich als Hauptergebnis dieser Untersuchung eine ausgesprochen

schlechte Studienerfolgsprognose mit einer erschreckend hohen Suicidrate für schizophrene Studenten heraus.
Im folgenden sollen Erklärungsmöglichkeiten herangezogen werden für die Gründe und Ursachen, die für dieses Resultat verantwortlich sind, durch die Darstellung des fatalen Zusammenspiels der beiden Variablen Studium/ Universität und Krankheit, um abschließend praktische Vorschläge zu einer gezielten Beratung der betroffenen Patienten anbieten zu können.
Nach Untersuchungen des Kölner Instituts der Deutschen Wirtschaft bricht fast jeder vierte Student (das sind ca. 18 000 Studierende jährlich) sein Studium ab (Streitsache, 1976) - , jeder dritte Studierende äußerte Enttäuschung über die Wahl seines Studienfachs, die Fachwechslerquote betrug 15% und jeder zweite Studierende benötigte einen längeren Zeitraum für das Absolvieren seines Studiums als die Regelstudiendauer (Infratest, 1973, 1974).
Aus diesen Ergebnissen geht hervor, daß das Phänomen 'schlechter Studienerfolg' kein Randproblem schizophrener Studierender darstellt, sondern als weit verbreitetes Phänomen zu werten ist. Als Ursache für diesen Tatbestand kann das von manchen Autoren festgestellte hohe Ausmaß psychischer Störungen bei Studenten diskutiert werden (Kuda 1974). Schätzungen zufolge schwankt die Zahl der Studenten mit psychischen Störungen zwischen 10% und 50% (Ziolko 1969). So leiden nach Siedentopf (1965) 2,4% der Göttinger Gesamtstudentenschaft an neurotischen Beschwerden (Konzentrations- und Arbeitsstörungen, vegetative Labilität, Depressionen u.ä.).
Nach Jahnke (1971) empfinden besonders Studentinnen die " Unsicherheitssymptome " im zwischenmenschlichen Bereich sehr stark und klagen häufiger über psychische Störungen als ihre männlichen Kollegen.
Die Gründe für diese Befunde könnten zum einen in der vielfältigen Bedeutung der Universität als Sozialisationsstätte für die psychosoziale Entwicklung des Studierenden (Berufsausbildung, Loslösung vom Eltern-

haus, Entwicklung eines neuen Wertsystems, Erfahrungen mit ernsthaften Partnerbeziehungen), "Hineinwachsen in einen neuen Status bei gleichzeitiger finanzieller Abhängigkeit " (Wöller 1980) mit ebensovielen Störungsmöglichkeiten und Fehlentwicklungen liegen, zum anderen in der spezifischen universitären Arbeits- und Kommunikationsstruktur, wodurch, Wöllers Untersuchung zufolge, neurotisches Verhalten verstärkt und eine anderorts vielleicht zu vermeidende Reaktivierung früherer Fehlentwicklungen begünstigt wird.
Angesichts der immer stärker als belastend empfundenen Wirkung der Hochschule " in ihrer Unübersichtlichkeit und Unpersönlichkeit, in ihrer strengen und differenzierten Autoritätsstruktur, in ihrem Leistungs- und Konkurrenzdruck bei vielfach undurchschaubarer Irrationalität der Bewertungsmaßstäbe " (Goldschmidt 1969) liegt es nahe, daß sich für zu Schizophrenie neigende oder daran bereits erkrankte Studierende die krankheitstypischen Symptome und deren schwerwiegende Konsequenzen verstärken.
Wöller (1980) stellte in seiner Untersuchung an Göttinger Studenten signifikant mehr Kontaktstörungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung fest. Als Ursachen diskutiert er Faktoren wie Isolation durch Wohnsituation, Strukturlosigkeit des Universitätslebens (keine festen Arbeitszeiten), ständiger Wechsel der Bezugsgruppen, Anonymität in Massenseminaren, Leistungsdruck, Konkurrenz usw. . Der Autor fand, daß " über die Hälfte der Göttinger Studenten Schwierigkeiten hat, sich dem Universitätsstudium in einer sie befriedigenden Weise anzupassen, davon 17% so stark, daß es für sie schwer sein dürfte, das Studienziel überhaupt oder in einer angemessenen Zeit zu erreichen. ". Vor diesem Hintergrund müssen die Schwierigkeiten schizophrener Studenten gesehen werden.
Bräutigam (1974) verglich die prämorbide Persönlichkeitsentwicklung von 106 Schizophrenen mit einer Kontrollgruppe. Die Schizophrenen zeigten in früher Kind-

heit eine weniger lebhafte Motorik, Leistungsschwierigkeiten beim Umgang mit Zahlen und im Fach Deutsch in der Schule und in sozialen Situationen eine geringe Dominanz. Süllwold (1977) betont die Neigung Schizophrener, sich bereits Jahre vor Ausbruch des Leidens von ihrer Umgebung zurückzuziehen. Die Isolierung in der Anonymität des universitären Lehrbetriebes wird für den verstärkt, dem es schwerfällt, den Leistungsanforderungen zu entsprechen und der Vereinzelung durch aktive Kontaktsuche zu begegnen. Ist der Schizophrene bereits prämorbid zurückgezogen (s.o.) und sozial isoliert, so tragen die " selbsterlebten intentionalen und kognitiven Defizienzen " (Huber 1976) im Vorfeld oder nach durchlebter Erkrankung noch dazu bei, die Kommunikation zu erschweren.

Diese Kommunikation spielt in unserem Zusammenhang insofern eine bedeutende Rolle, als sie in enger Beziehung steht zum Lern- und Leistungsverhalten. Ergebnisse aus der Erforschung der Gruppendynamik zeigen, daß der Fortschritt des Lernens durch Gruppenphänomene beeinflußt wird. Trow et al. (1974) nennen drei Voraussetzungen für die Lernmotivation: 1. Methode der Zielbestimmung, 2. Atmosphäre der Unterstützung und 3. das Akzeptiertwerden als teilnehmendes Mitglied. McKeachie (1974) nennt als Variable für Leistungen an der Hochschule u.a. das " Vermögen, die Sympathie des Dozenten zu erringen " und " die Fähigkeit, sich mit anderen anzufreunden ". Schwidder (1967) weist auf die Bedeutung der " emotionalen Erlebnisbasis " für adäquate Lernvorgänge hin.

Zu diesen gruppendynamischen, emotionalen Faktoren treten Fähigkeiten aus dem kognitiven Bereich hinzu, die für ein effektives und erfolgreiches Aneignen des im Studium angebotenen Lernstoffes erforderlich sind. Neben dem Speichern und Abrufen von Fakten ist bei der immer unüberschaubarer werdenden Fülle des Stoffes die Fähigkeit von großer Bedeutung, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, im Seminar das Wesentliche mitzu-

schreiben, beim Abfassen von Arbeiten oder in der Prüfungsvorbereitung aus dem Überangebot von Informationen diejenigen in relativ kurzer Zeit auszuwählen, die zum Erreichen des gesteckten Zieles notwendig sind.
Bereitet dies, wie oben ausgeführt, bereits vielen ' Gesunden ' Schwierigkeiten, so hat die neuere Forschung kognitive Störungen gefunden, die zeigen, daß es dem Schizophrenen in besonderem Maße schwerfällt, solchen Anforderungen gerecht zu werden. Schneider (1959) nennt die mangelnde Fähigkeit des Kranken, die Aufmerksamkeit stark und dauernd anzuspannen und die Gedanken in eine Richtung zu sammeln, ein Mangel, den Broen (1968) als Unfähigkeit, einen Aufmerksamkeitsfocus zu bilden und damit auf relevante Ausschnitte einer komplexen Situation zu reagieren, bezeichnet, Poljakov (1973) als " beeinträchtigte selektive Aktualisierung ". Süllwold (1977) schließlich formulierte die bekannten uncharakteristischen Basisstörungen: Störungen der expressiven und rezeptiven Sprache, Wahrnehmungsstörungen, Verlust automatisierter Fertigkeiten, Gedankeninterferenzen, sensorische Störungen, angedeutete Wahnstimmung und durchdringende Unlust.
Es liegt nahe, daß Beeinträchtigungen dieser Fertigkeiten besonders bei intellektueller Arbeit von großer Bedeutung sind und durch die anfangs angeführten sozialen Schwierigkeiten verstärkt werden.
In diesem Zusammenhang kann das Ergebnis in unserer Untersuchung gesehen werden, daß die an Schizophrenie erkrankten Studenten im Vergleich mit der Gesamtpopulation der Tübinger Studenten überproportional zahlreich geistes- und sozialwissenschaftliche Fächer belegten. Diese Tendenz wird bestätigt durch die Fachwechsler, bei denen 15 zu den Geistes- und Sozialwissenschaften, jedoch nur einer zur naturwissenschaftlichen Fakultät wechselten. Geisteswissenschaftliche Fächer bieten mit ihrem geringeren Verschulungsgrad und dem höheren Maß an eigenen Gestaltungsmöglichkeiten dem Studenten mit Studienschwierigkeiten mehr Möglichkeiten, sein Studien-

und Kontaktverhalten persönlichen Bedürfnissen anzupassen. Auf diese Weise ist es möglich, sich Leistungsanforderungen zu entziehen und zu große Nähe zu meiden, ein Weg, der allerdings die Diskrepanz zwischen Illusion und Realität vergrößert und sich nach anfänglicher Entlastung umso fataler für die Betroffenen auswirken kann. Schließlich muß noch erwähnt werden, daß die zunehmende Öffnung der Hochschulen möglicherweise auch zur Folge hat, daß mehr junge Menschen an die Universität gehen, die für ein Hochschulstudium ungeeignet und dadurch störanfälliger sind.

Vor dem Hintergrund des bisher Dargelegten wird die übermäßig hohe Suicidrate schizophrener Studenten verstehbarer. Sowohl im Vergleich zur Gesamtbevölkerung als auch im Vergleich zur Suicidrate bei Schizophrenen weist das Ergebnis unserer Untersuchung deutlich auf die beträchtliche Zunahme von Problemen durch den Faktor Studium hin. Diese Annahme wird unterstützt durch die hohe Suicidrate bei schizophrenen Studentinnen, - sie ist etwa gleich hoch wie die der männlichen Kollegen. Da die Suicidrate bei Frauen niedriger liegt als bei Männern der Gesamtpopulation (Henseler 1974), weist dies auf ein Zunehmen von Selbsttötungen bei Frauen hin, was wiederum Rückschlüsse auf die verstärte Belastung durch ein Studium ziehen läßt.

Den hohen Anforderungen im Leistungsverhalten entsprechen solche im sozialen Bereich (vgl. den Rückgang von 'Konventionalität'). So wurden innerhalb weniger Jahre " tief verankerte Sexualtabus aufgehoben " (Willi 1975) und aus " den Verboten wurden Gebote, deren Befolgung ebensosehr durch gesellschaftlichen Druck erzwungen wird wie zuvor die Einhaltung der Verbote " (Willi 1975).

Die vorhergehenden Ausführungen deuten darauf hin, daß die kommunikativen und kognitiven Schwierigkeiten

des Studiums durch die schizophrene Erkrankung beträchtlich verstärkt werden. Die Gefahr der sozialen Isolation wird erhöht durch die Neigung vieler Schizophrener zu einer reizarmen sozialen Umgebung und einer Einhaltung einer gewissen sozialen Distanz (Huber 1976, Süllwold 1976). Hinzu kommt, daß die erfahrungsgemäß häufige symbiotische Elternbeziehung vieler Schizophrener durch die vielschichtige Abhängigkeit im Studium aufrechterhalten werden kann.

Neigt der schizophrene Student selbst aufgrund bereits besprochener Mechanismen dazu, die tatsächlichen Schwierigkeiten im Studium zu leugnen und durch eine erhöhte Idealbildung zu kompensieren (Kreitler 1965), so wird diese folgenschwere Diskrepanz manchmal noch von Eltern und Angehörigen unterstützt, die ihre Wunschbilder in den Patienten projizieren und damit dessen kompensatorische Verkennung der Realität unterstützen (Janzarik 1976).

Neben diesen sozialen Faktoren bietet das universitäre Leben jedoch auch noch studienbezogene Risiken, die eine Stabilisierung des schizophren Erkrankten erschweren oder die Gefahr der erneuten Erkrankung begünstigen.

Brown (1968) stellte fest, daß schizophrenen Schüben drei Wochen vor Ausbruch in mehr als 40% der Fälle mindestens ein vom Untersuchten unabhängiges Belastungsereignis vorangeht, werden Ereignisse einbezogen, die vom Betroffenen mitbeeinflußt sind, erhöht sich diese Zahl auf ca. 60%. Kiersch und Nikelly (1966) stellen fest, daß Symptome sich verstärken, wenn akademischer Streß beginnt, und daß der schizophrene Student darauf reagiert, indem er sich zurückzieht, Kurse fallenläßt, und Lehrpläne ändert. Aus dem Gesagten leuchtet ein, daß besonders Examenssituationen dazu geeignet sind, von den Betroffenen als ernste Bedrängnis erlebt zu werden (Störring 1969), und eine besondere Gefährdung darstellen.

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich aus der vorlie-

genden Untersuchung?
Die Ergebnisse werden von der Aussage bestimmt, daß es den schizophrenen Studenten nur zu einem geringen Prozentsatz gelingt, ihr Studium erfolgreich zu beenden. Dieses Ergebnis wird noch belastet durch einen hohen Prozentsatz (annähernd so hoch wie der der erfolgreichen Studenten!) an schizophrenen Studenten, die sich im Verlauf des Studiums suicidieren.
Unsere Überlegungen haben gezeigt, daß neben der Erkrankung die besonderen Umstände eines Universitätsstudiums zu diesem beruflichen und persönlichen Scheitern beitragen. Es muß deshalb Aufgabe des Arztes sein, dem schizophrenen Patienten von der Aufnahme eines Studiums abzuraten bzw. ihn zur Aufgabe eines bereits begonnenen und erfolglos betriebenen Studiums zu bewegen und ihn zu einer praxisorientierten Umschulung oder Rehabilitation zu bewegen, wenn sich abzeichnet, daß im Studium keine adäquaten Leistungen erbracht werden können. Eine solche praxisorientierte Tätigkeit in einem festen sozialen Rahmen scheint nach den vorliegenden Ergebnissen schizophrenen Patienten am ehesten die Möglichkeit zu bieten, mit seinen kommunikativen und kognitiven Schwierigkeiten umzugehen, sich einen eigenständigen Lebensbereich zu schaffen und dem Wiederauftreten der Erkrankung entgegenzuwirken.
Natürlich ist es erforderlich, dieses Vorgehen an den Bedürfnissen des Einzelnen zu orientieren, was auch bedeutet, daß unter günstigen Voraussetzungen, - bisher erfolgreiches Studium und befriedigende soziale Kontakte - , eine Fortsetzung des Studiums in Betracht gezogen werden kann. Es sollte jedoch nicht aus den Augen verloren werden, daß diese günstigen Bedingungen nur für eine Minderheit zutreffen.
Schließlich sollen auch die Schwierigkeiten nicht außer acht gelassen werden, die sich einer solchen Vorgehensweise entgegenstellen. Sie liegen nicht nur in den äußeren Umständen wie dem Finden einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung, der gespannten Arbeitsmarkt- und

Ausbildungslage, dem Widerstand der Angehörigen, sondern auch in dem Patienten selbst, für den die Aufgabe des Studiums eine schwere narzistische Kränkung bedeuten kann, die " Depressivität und Suicidalität zur Folge haben kann ", eine Gefahr, die es auch dem Arzt erschwert, sich den Wünschen des Patienten nach Fortsetzung des Studiums zu widersetzen (Gestrich/Stief 1981). Die vorliegende Untersuchung legt jedoch nahe, daß ein solcher Schritt in den meisten Fällen notwendig ist, um zu einer besseren Prognose und Suicidprophylaxe bei schizophrenen Studenten beizutragen.

5. Zusammenfassung:

Ziel der Arbeit ist es, eine mögliche negative Wechselwirkung von Krankheit und Studium zu objektivieren und Kriterien zu gewinnen, die etwas über den zu erwartenden Studienerfolg aussagen.

Die Stichprobe bestand aus 166 Studenten, die in den Jahren 1967 - 1978 an der Universitätsnervenklinik Tübingen mit der Diagnose Schizophrenie stationär aufgenommen waren und deren Krankengeschichten statistisch ausgewertet wurden. Hiervon waren 112 (67,5%) Männer und 54 (32,5%) Frauen.
Für die katamnestische Auswertung nach Studienerfolg wurden die 122 Studenten aus den Jahrgängen 1972 - 1978 ausgewählt und an sie Fragebögen über den weiteren Verlauf der Erkrankung und des Studiums verschickt. Die erhaltenen Daten wurden über EDV ausgezählt und nach den Gruppen "erfolglos" bzw. "erfolgreich Studierende" geordnet. Die Signifikanzberechnungen wurden mit dem chi^2-Test durchgeführt.
Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 80,5%. Die verbleibenden knappen 20% non-responders sowie die Tatsache, daß eine persönliche Nachuntersuchung nicht möglich war, schränken die Aussagekraft der Ergebnisse etwas ein, - grundlegende Änderungen wären jedoch nicht zu erwarten. Nach Rutter (1977) würden die non-responders die Statistik eher zum Negativen hin beeinflussen.
Keine Unterschiede zwischen den Gruppen erfolglos bzw. erfolgreich Studierender ergaben sich bei " psychische Erkrankungen in Familie und Verwandtschaft ", " soziale Kontakte ", " Beruf der Eltern ", " Alter bei 1. stationärer Aufnahme ", " Alter bei Beginn der Erkrankung " und " Zahl der stationären Aufnahmen ".
Ein Scheitern des Studiums war vermehrt zu verzeichnen bei den Fachrichtungen Wirtschaftswissenschaften, Jura und Naturwissenschaften. Die erfolglos Studierenden

wiesen eine längere Dauer der stationären Aufenthalte auf (9,5 Monate, für alle stationären Aufnahmen zusammen) als die erfolgreich Studierenden (6 Monate). Schließlich war bei den im Studium Erfolglosen häufiger ein schleichender Krankheitsbeginn zu finden.
Auffallend war die hohe Suicidrate von knapp 19%. Insgesamt hatten 20 (16,4%) ihr Studium beendet, 18 (14,8%) studierten zum Zeitpunkt der Erhebung noch, 42 (34,4%) hatten ihr Studium abgebrochen, 18 (18,4%) sich suicidiert. Von den 20 mit abgeschlossenem Studium übten 17 einen Beruf aus, von denen, die sich noch im Studium befanden, konnte bei fünf das Studium als erfolgreich beurteilt werden.
Es ergibt sich, daß 22 (18%) der an Schizophrenie erkrankten 122 Studenten ihr Studium mit Erfolg weiterverfolgen bzw. mit anschließender Berufsausübung abschließen konnten.
Die Ergebnisse zeigen, daß Studierende durch die Erkrankung an Schizophrenie besonders betroffen und beeinträchtigt werden.
Diese Beeinträchtigung ist wesentlich bedingt durch das Zusammentreffen der schizophreniespezifischen Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen (s.a. Süllwold 1976) mit den studienspezifischen Anforderungen und Lebensumständen.
Es muß deshalb auch Aufgabe des Arztes sein, die Eignung eines an Schizophrenie Erkrankten zum Studium kritisch zu prüfen und gegebenenfalls rechtzeitig Umschulungs- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten, bei denen die spezifischen Einschränkungen berücksichtigt und die Aussichten auf eine berufliche und soziale Integration verbessert werden.

6. Anhang:

Den angeschriebenen ehemaligen Patienten wurde auf dem Fragebogen die Möglichkeit zu persönlichen Mitteilungen gegeben. Ein Teil dieser mitteilungen soll hier wiedergegeben werden.

" In meinen schizophrenen Schüben entwickelte ich Phobien, die sich in Weltfremdheit und Derealisationen, besonders auf der Ebene der Mitmenschlichkeit, zwanghaft äußern. Dabei empfinde ich es als besonders schmerzhaft und bedrückend, wenn ich dem Wahn erliege, daß die Mitmenschen mich wegen meiner Krankheit verachten und somit eine intersubjektive Kommunikation nur noch sehr selten und das mit extrem wenigen Personen stattfindet. Eine gruppendynamische Koexistenz mit mehr als zwei Partnern ist mir geradezu unmöglich geworden. Inzwischen gelte ich als 100% behindert; meine Antriebsschwäche ist so groß, daß ich überhaupt keiner Tätigkeit mehr nachgehen kann. Das Herumsitzen, Herumlaufen und das illusorische Festhalten an einer akademischen Pseudoaktivität macht mich außerhalb meiner Schübe sehr traurig und äußerst unglücklich.
Ich bin sehr froh darüber, daß Sie den psychisch Kranken noch intensivere Hilfe zukommen lassen wollen. Vielleicht ist es auch möglich, Heime für psychisch Kranke einzurichten. Ich habe das Glück, bei meinen Eltern leben zu können, aber die werden älter. Auch bin ich in der Lage, einen Heimplatz bis zur Höhe von 800 DM monatlich zu bezahlen, aber in der Bundesrepublik gibt es da kaum eine Möglichkeit für mich.
Ich danke für Ihre Anteilnahme."

" 1. Benutzen Sie nicht die Anschriften. 10 Jahre Abstand. Km Distanz erh. Fährt nicht am Steuer. Vornamen und Berufseintrag und Sport dort sofort ab-

gesagt. Hier keine vor oder entfernt psych. Klage. Hiesig in heimatl. Umgebg. zweimal kein Interesse bei Württembg. Von uns aus sportl. nicht gewaltig. W."

" Wenn Sie sich mit der Behandlung psychischer Krankheiten bei Studenten befassen wollen, so ist meines Erachtens bereits Ihr Ansatz falsch. Sie können noch so viel Zeit und Engagement investieren - es ist nutzlose Vergeudung. Wenn Ihre Arbeit nicht lediglich Arbeitsbeschaffung bzw. Anpassung selbstständig denkender Studenten an eine Gesellschaft, in der der MENSCH keinen Platz mehr hat, sein soll, so fangen Sie doch mit MENSCHEN an, und zwar mit dem, der Ihnen als nächstes begegnet, behandeln Sie ihn MENSCHLICH."

" Bei voller Anerkennung der therapeutischen Wirkung der mir verabreichten Psychopharmaka hätte ich mir gewünscht, daß während der Behandlung meiner Skepsis gegenüber derartigen Medikamente seitens der behandelnden Ärzte mehr Rechnung getragen worden wäre. Obwohl ich mir über die Schwierigkeiten eines solchen Entgegenkommens der Ärzte vom therapeutischen Standpunkt aus im klaren bin, glaube ich, daß viele Noch- bzw. Ex-Patienten die Behandlung mit diesen Medikamenten, die oft ein individuelles Gespräch ersetzen, zum Teil mit Recht als ein " Zur-Ruhe-bringen " verstehen können, das ein vertrauensvolles Verhältnis Arzt - Patient untergräbt."

" Mein erster Nervenklinikaufenthalt stand in unmittelbarer Beziehung mit dem Staatsexamen, das ich dann auf den 2. Anlauf gut packte.
Mein zweiter Aufenthalt in Weißenau, stand unter dem Eindruck der Umstellung und den Schauermärchen, die von der Referendarzeit erzählt wurden.
Mit Hilfe von Depot-Spritzen in der Anfangszeit, kam ich ganz gut über die Runden. In der Zwischenzeit bin

ich gut 1/2 Jahr ohne Medikament, und ich habe die eigentl. Prüfungsphase ohne Fremdhilfe und ohne große nervliche Belastung hinter mich gebracht. Das erfüllt mich mit Stolz u. ich kann sagen, daß ich meinen auf mir lastenden Leistungsdruck (immer möglichst 1) bewußt hinter mir gelassen habe. Dabei fühle ich mich normaler u. wohler wie je. Auch möchte ich nachträglich die Erfahrungen der Erkrankung, Nervenklinik usw. für mich persönlich nicht missen.
Gespannt bin ich, wie sich die vollen 23 Stunden auf mich auswirken werden. Bisher waren es ja nur 12 Stunden, die entsprechend gut vorbereitet auch Erfolgserlebnisse vermitteln konnten. Aber ich traue mir inzwischen zu, die entsprechenden (?) zu besitzen, die es erlauben, die Sache relativ locker und für die eigene Psyche verträglich durchzuziehen."

" Im folgenden versuche ich, meinen ganz persönlichen und subjektiven Standpunkt zur Ursache und Heilung meiner seelischen Labilität darzustellen.
Meine Krankheit kündigte sich meistens mit dem Gefühl großer Einsamkeit und Verlassenheit an. Um diese Einsamkeit nicht voll aushalten zu müssen, bildeten sich bei mir sogenannte 'Wahnideen', wo ich mir einen telepathischen Kontakt zu einer Person einbildete, die ich als besonders stark und gütig empfand. Da ich Ärzten ein besonders großes Vertrauen entgegenbringe und meine Krankheit ja im Grunde einen Mangel an Vertrauen zur realen Umwelt darstellt, halte ich für mich eine(n) Arzt/Ärztin für besonders gut und wertvoll, der/die Menschlichkeit zeigen und vermitteln kann. Ich glaube fest, daß diese Erfahrung von realer Zuwendung jeden Patienten mit ähnlichen Symptomen, wie ich sie hatte, davon überzeugen wird, daß es sehr viel sinnvoller und schöner ist, reale Erfahrungen der Wärme und Nähe eines anderen Menschen zu machen, als diese Wünsche in einer 'telepathischen Verbindung' zu befriedigen."

" Psychotherapie nach d. stat. Behandlung wäre meiner Ansicht nach dringend nötig."

" Nach etwa 2 Monaten hatte ich den Bezug zur Realität wieder gefunden, meine Phantastereien und geistigen Verwirrungen hatten sich gelegt, aber danach setzte für mich das eigentliche Elend erst an. Ich wurde entlassen und fühlte mich kranker als zuvor. In der Klinik wollte ich aber auf keinen Fall mehr bleiben. Ich empfand sie als unmenschliches Gefängnis. Erst danach wurde mir voll bewußt, was geschehen war. Der Arzt riet mir strikt von der Fortsetzung meines Philosophiestudiums ab und ich sollte auf keinen Fall mehr nach Tübingen zurück. Ich lebte also zunächst in A. bei meinen Eltern und haßte diese Stadt. Ich hatte alles verloren, was meinem Leben einen Sinn geben konnte und verfiel in eine schwere Depression, die mich erst seit einigen Monaten wieder verließ, als ich in B. einen vollkommen neuen Start wagte."

" Leider ist es in unserer Gesellschaft so, daß jemand, der auf Grund seiner Probleme einen Facharzt (Psychiater, Psychotherapeut etc.) aufsucht, sofort abgestempelt u. manchmal sogar als minderwertiger Mensch betrachtet wird.
Deshalb bin ich nicht bereit zu einer Nachuntersuchung in die Nervenklinik Tü zu kommen. Vielleicht müssen Sie schmunzeln, wenn Sie das lesen, aber ich glaube, daß manche Tablette, die gegeben wird, durch ein Gespräch mit kompetenten Menschen überflüssig wäre.
Zur Zeit bin ich mit einer Studentin in Kontakt, die es auch nötig hätte, stationär behandelt zu werden (ärztliche Diagnose!). Ich glaube aber, daß sie mit viel Geduld und Gespräch wieder zurecht kommen wird. Ich freue mich, daß ich dabei mithelfen kann."

" Meine Krankheit hat sich wesentlich verschlimmert,

nachdem ich 197. aus der Uni-Nervenklinik entlassen wurde. Der IQ sank von 120 auf 98. Ich bin arbeitsunfähig und vereinsamt. Wichtigste Hilfe sind zwei Stunden Psychotherapie in der Woche. Medikamente sind entweder wirkungslos oder haben nur schlechte Nebenwirkungen. Ich halte es für möglich, daß ich eines Tages nicht mehr aus dem PLK entlassen werde. Ich bin für die Tagesklinik in Stuttgart angemeldet. Vor 197. habe ich sieben Semester Jura studiert."

" Ich war schon in der Schulzeit sehr leicht nervös: Zittern, später in der Studentenzeit Angstzustände, die bis jetzt immer wiederkehren. ... Ich fühle mich wie gefangen in mir selbst und mir helfen immer menschliche Kontakte."

STIEF,
Joachim

ERHEBUNGSHEFT zur Job-Nr. 0388/2001/1/2 (1978)

keine Angabe ⟶ Kästchen leer

beim Eintragen kürzerer Zahlen links mit Nullen auffüllen

NAME: _

geb.: _ _ _ _ _ _ _ _

STUDIENANSCHRIFT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

HEIMATANSCHRIFT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. LFD. NUMMER D. PATIENTEN 1-3 ☐☐☐

2. GESCHLECHT: männlich=1, weiblich=2 4 ☐

3. GEBURTSJAHR 5-6 ☐☐

4. LETZTE STUDIENRICHTUNG 7 ☐

Jura=1
Medizin=2
Theologie=3
Philosophie=4
Naturwiss.=5
Soz.-u.Verh.wiss.=6
WiWi.=7
sonst.=8

_ _

5. SEMESTERZAHL bezügl. d. letzten Studienrichtung bei letzter stat. Aufnahme (bei abgeschl. Hochschulstudium leer) 8-9 ☐☐

6. JAHR DER ERSTEN STAT. AUFNAHME 10-11 ☐☐

7. KRANKENBLATT-NR. d. ersten stat. Aufnahme 12-17 ☐☐☐☐☐☐

8. ALTER BEI DER ERSTEN STAT. AUFNAHME (vollendetes Lebensjahr) 18-19 ☐☐

9. JAHR DER LETZTEN STAT. AUFNAHME 20-21 ☐☐

10. ALTER BEI DER LETZTEN STAT. AUFNAHME (vollendetes Lebensjahr) 22-23 ☐☐

11. BERUF 24 ☐
nein=0
dem Studium inadäquat=1
dem Studium adäquat=2

- -

12. BERUFSAUSÜBUNG bis zur letzten stat. Aufnahme 25 ☐
nie(einschl. kein Beruf)=0
zeitweise=1
immer=2

- -

- -

13. BERUF DES VATERS/DER MUTTER 26 ☐
Arbeiter=1
Angestellter/Beamter=2
selbst.=3

- -

14. PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEIT 27 ☐
nicht auffällig=0
auffällig=1

- -

- -

- -

- -

15. DIAGNOSE (4.Stelle nach ICD) 28 ☐

- -

16. ZUSÄTZLICHE DIAGNOSE nein=0, ja=1 29 ☐

- -

17. ALTER BEI BEGINN DER ERKRANKUNG 30-31 ☐☐
(vollendetes Lebensjahr)

18. ART DES BEGINNS 32 ☐
akut=1
subakut=2
schleichend=3

19. ZAHL DER STAT. AUFNAHMEN 33-34 ☐☐

20. ZUSTAND BEI LETZTER ENTLASSUNG 35 ☐
volle Remission=1
teilweise R.=2
geringe R.=3
Suicid=4

21. DAUER DER KLINIKAUFENTHALTE (Mon.) 36-37 ☐☐

22. AMBULANTE BEHANDLUNG 38 ☐
keine=0
unregelmäßig=1
regelmäßig=2

23. ART DER AMBULANTEN BEHANDLUNG 39 ☐
oral=1
Depot=2
Psychoth.=4
Komb. durch Addition

24. TEILSTAT. BEHANDLUNG 40 ☐
keine=0
Tagesklinik=1
Nachsorgeklinik=2
Rehab.-Einrichtung=3

25. STUDIENERFOLG 41 ☐
Studium abgebrochen=1
der Semesterzahl nicht entsprechend=2
der Semesterzahl entsprechend=3
abgeschlossenes Hochschulstudium=4
Studienerfolg nicht abschätzbar (z.B. 1.Sem.)=9

- -
- -
- -

26. SOZIALE KONTAKTE 42 ☐
normal=1
wenig=2
sehr isoliert=3

27. SUICIDVERSUCHE (Zahl) 43 ☐

28. PSYCHISCHE KRANKHEITEN in Familie und Verwandtschaft 44 ☐
nein=0, ja=1

- -
- -
- -

29. ZAHL DER GESCHWISTER (ohne Pat.) 45 ☐

30. ELTERNBEZIEHUNG 46 ☐
normal=1
Patient Halbwaise=2
gestört=3
Eltern gesch.=4
Patient Vollwaise=5

- -
- -
- -

31. HEIM/PFLEGEELTERN nein=0, ja=1 47 ☐

32. SCHULE 48 ☐
gut=1
durchschnittlich=2
schlecht=3

- -

33. ZWEITER BILDUNGSWEG nein=0, ja=1 49 ☐

34. Abschluß d. Ausbildung vor Beginn der Erkrankung 50 ☐
nein =0, ja=1

Setzen Sie bitte die jeweils für Sie zutreffende Antwort ein.

I. Zum Verlauf der Krankheit:

1. Waren Sie seit dem letzten Klinikaufenthalt in Tübingen in anderen Kliniken oder Krankenhäusern stationär behandelt worden? _ _ _ _

a) wenn ja, wann? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

b) wo? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

c) wie lange? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. Wurden Sie seit dem letzten Klinikaufenthalt in Tübingen ambulant behandelt? _ _ _ _

a) wenn ja, durch Hausarzt, Nervenarzt, Poliklinik?

_ _

b) erhielten Sie Tabletten oder Depot-Spritzen?

_ _

c) regelmäßig oder unregelmäßig? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

d) wurden Sie psychotherapeutisch behandelt? _ _ _ _ _ _

II. Zum Verlauf des Studiums:

3. a) Studieren Sie noch? _ _ _ _

b) wenn ja, welches Fach? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

c) Konnten Sie eine Zwischenprüfung ablegen? _ _ _ _ _

d) Haben Sie Ihr Studium inzwischen abgeschlossen?

_ _ _ _ wann? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

e) Sind Sie in einem akademischen Beruf tätig? _ _ _ _

in welchem? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

voll/Teilzeit? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

f) Haben Sie das Studium abgebrochen? _ _ _ _ _ _ _ _

wann? _

g) Ließen Sie sich umschulen? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

auf was? _

h) Sind Sie in einem anderen Beruf tätig? _ _ _ _ _ _ _

in welchem? _

i) Fühlen Sie sich z. Zt. gesund? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

a) wenn nicht, unter welchen Störungen leiden Sie? _

_ _

b) Sind Sie z. Zt. in ärztl. Behandlung? _ _ _ _ _ _

stationär/ambulant? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

c) Welche Behandlung hat Ihnen bisher am meisten genützt?

_ _

5. Wären Sie bereit, zu einer persönlichen Nachuntersuchung in die Nervenklinik nach Tübingen zu kommen? _ _ _ _

III. Wenn Sie uns weitere Mitteilungen machen wollen, steht Ihnen der folgende Raum zur Verfügung:

Literaturliste:

Albrecht, E./ Ziolko, H.-U., Student und Psychose. in: Ziolko, H.-U. (Hrsg.), Psychische Störungen bei Studenten, Stuttgart 1969;

Bleuler, M., Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten, Stuttgart 1972;

Bleuler, M., Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1979;

Böcker, F., Suicide und Suicidversuche in der Großstadt, dargestellt an der Stadt Köln, Stuttgart 1973;

Bräutigam, W., Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung im Vorfeld der Schizophrenie. Nervenarzt 45, 298-304 (1974);

Broen, W.E., Schizophrenia. Theory and Research. London: Academic Press 1968;

Brown, G.W., Crisis and Life Changes and the Onset of Schizophrenia. J Health Social Behavior 9. 203 (1968);

Carmen, L.R., zit. nach: Lohrenz, J.G./ Goldstein, S., Psychotic Reactions in College Students. Canad Psychiat Ass J 13: 109-113 (1965);

Ciompi, L./ Müller, C., Lebensweg und Alter der Schizophrenen, Berlin-Heidelberg-New York 1976;

Fish, F., A Neurophysiological Theory of Schizophrenia. J Ment Sci 107, 828-838 (1961);

Friedrich, V., Selbstmord und Selbstmordversuch unter Göttinger Studenten. In: Sperling, E./ Jahnke, J. (Hrsg.), Zwischen Apathie und Protest, Bd. 2, Bern -Stuttgart-Wien 1974;

Fuhrmann, E./ Wiebe, S./ Schwartz, H.J., Die Suicidhäufigkeit als Indikator für soziale Desintegration, Suicidprophylaxe 21, 230-301 (1979);

Gestrich, J./Stief, J., Studienerfolg und Krankheitsverlauf schizophrener Studenten, Arch Psychiatr Nervenkr 230: 159-169 (1981);

Goldschmidt, D., Die objektive Studiensituation der Studierenden in der BRD als eine Streß-Situation, in: Ziolko 1969;

Grahl, J., Todesursachen der Studierenden der Universität Hamburg in der Zeit von 1946-1966 unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordproblems. Diss Med Hamburg 1969;

Henseler, H., Narzistische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords, Hamburg 1974;

Huber, G. (Hrsg.), Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. 3. Weißenauer Schizophreniesymposion 1975, Stuttgart-New York 1976;

Huber, G./ Gross,G./ Schüttler, R., Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie, Berlin-Heidelberg-New York 1979;

Infratest: Hochschulbarometer. Befragung von Studierenden im WS 73/74. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse, München o.J.;

Jahnke, J., Empirische Untersuchung über das Arbeitsverhalten im akademischen Studium, Meisenheim 1971;

Janzarik, W., Grenzen der Rehabilitation Schizophrener, in: Huber 1976;

Kiersch, T./ Nikelly, A., The Schizophrenic in College. Arch Gen Psychiatry 15: 54-58 (1966);

Kreitler, H. u. S., Die weltanschauliche Orientierung der Schizophrenen, München-Basel 1965;

Kuda, M. (Hrsg.), Bericht der Psychotherapeutischen Beratungsstelle Göttingen, interner Bericht, Göttingen 1974, nach Wöller 1980;

Kutzner, M./ Munding, M., Psychische Probleme Studierender. Eine Untersuchung der Hintergründe suicidaler Handlungen von Studierenden. Pädag. Diplom-Arbeit Tübingen, vervielfältigtes Manuskript 1979;

Lungershausen, E., Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten, Heidelberg 1968;

Mc Keachie, W.J., Motivation, Lehrmethoden und Lernen in Hochschulen, in: Weinert 1974;

Melvin, L./ Selzer, M.D., The Happy College Student Myth, A.M.A. Archives of General Psychiatry Vol 2, Feb 1960;

Podolsky, M.D., A Note on the Schizophrenic College Student, American J Psychiat 119: 782-783 (1963);

Pöldinger, W., Die Abschätzung der Suicidalität, Bern: Huber 1968;

Poljakov, J., Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit, Stuttgart 1973;

Poljakov, J., Pathologie der Wahrnehmungsprozesse. in: Sneshnewski, A.W. (Hrsg.) Schizophrenie. Multidisziplinäre Untersuchungen, Leipzig 1977;

Pollak, M./ Levenstein, S./ Klein, D.F., A Three-Year Posthospital Follow-up of Adolescent and Adult Schizophrenics. Am J Orthopsychiatry 38 (1) 95-109, Jan 1968;

Raphael, T./ Himler, L., Schizophrenia and Paranoid Psychosis among College Students. Am J Psychiatry 100: 443-451 (1943);

Rutter, M., Prospective Studies to Investigate Behaviorial

Change. In: Strauss, J.S./ Babigan, H.M./ Roff, M. (eds), The Origins and Course of Psychopathology. Plenum Press, New York-London 1977;

Schneider, K., Klinische Psychopathologie, Stuttgart 1959;

Schwidder, W., Zur Strukturspezifität von Arbeitsstörungen, Z Psychosom Med Psychoanal, 13 (4), 244-46, Oct-Dec 1967;

Siedentopf, D., Art und Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Störungen bei Studierenden - Untersuchung bei Göttinger Studenten, Untersuchung 1965, Diss Göttingen 1968;

Stengel, E., Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt/ Main 1969;

Störring, G.E./ Völkel, H., Psychiatrische Aspekte, in: Ziolko 1969;

Streitsache: Studienabbrecher, Veröffentlichung des Deutschen Instituts für die Deutsche Wirtschaft, 1976;

Süllwold, L., Uncharakteristische Basisstadien der Schizophrenie, in: Huber 1976;

Süllwold, L., Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen, Berlin-Heidelberg-New York 1977;

Trow, W.C./ Zander, A./ Morse, W./ Jenkins, D., Psychologie des Gruppenverhaltens: Die Klasse als Gruppe, in: Weinert 1974;

Weinert, F., Pädagogische Psychologie, Köln 1974;

Willi, J., Die Zweierbeziehung, Hamburg 1975;

Wöller, F., Psychische Störungen bei Studenten und ihre sozialen Ursachen, Weinheim-Basel 1980;

Für die freundliche und engagierte Betreuung meiner Arbeit danke ich Herrn Oberarzt Dr. J. Gestrich, heute Chefarzt im Krankenhaus für Nerven- und Gemütsleiden Rottenmünster.
Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Herrn Maier für die Unterstützung bei der Arbeit im Archiv und bei Frau Wolf für die Hilfe bei der Anfertigung der Skizzen.
Mein besonderer Dank gilt jedoch meinen Eltern, die mit ihrer Hilfe wesentlich zum Gelingen der vergangenen Jahre beigetragen haben, deren Abschluß die vorliegende Arbeit darstellt.

Lebenslauf

Am 03.12.1947 wurde ich, Hans-Joachim Stief als Sohn des Gipsers Joachim Stief und der Hausfrau Elfriede Stief in Herrenberg geboren.

Frühjahr 1952	Besuch der Volksschule in Stuttgart
Frühjahr 1956	Besuch Gymnasium Stuttgart
1958 - 1962	Besuch Mittelschule Hardheim
1962 - 1969	Besuch des Karl-Ernst-Gymnasiums Amorbach
Juni 1969	Abitur
Sommersemester 1970	Beginn des Psychologiestudiums
Sommersemester 1973	Beginn des Medizinstudiums
Sommersemester 1976	Diplom Psychologie
Wintersemester 1976/77	Ärztliche Vorprüfung
Wintersemester 1977/78	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Wintersemester 1979/80	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
14.04.1981	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

seit dem 01.05.1981 Tätigkeit als Wissenschaftlicher Angestellter an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen.